



**MUNICÍPIO DE TOLEDO**  
**Estado do Paraná**  
**Secretaria de Recursos Humanos**

Prot. nº \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Servidor do protocolo \_\_\_\_\_

**REQUERIMENTO DE REDUÇÃO DE CARGA HORÁRIA PARA  
ACOMPANHAMENTO DE DEPENDENTE**

Nome do Servidor: \_\_\_\_\_

Endereço residencial: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Telefone para contato: \_\_\_\_\_

Matrícula: \_\_\_\_\_ Data de admissão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_ Local de Trabalho: \_\_\_\_\_

Nome da Chefia imediata: \_\_\_\_\_

Carga horária \_\_\_\_\_ diárias / \_\_\_\_\_ semanais

Nome do dependente: \_\_\_\_\_

Data de nascimento do dependente: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Grau de parentesco do Servidor: \_\_\_\_\_

Autorizo a visita domiciliar pela equipe multidisciplinar?  Sim  Não

Descritivo das atividades e tratamentos de saúde realizados pelo dependente:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Declaro que as informações apresentadas são verdadeiras, e que estou inteiramente de acordo com o previsto no art. 25A da Lei nº 1.822, de 5 de maio de 1999, alterada pela Lei nº 2.337, de 4 de maio de 2021, regulamentada pelo Decreto nº 209 de 03 de agosto de 2021.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do servidor



**MUNICÍPIO DE TOLEDO**  
**Estado do Paraná**  
**Secretaria de Recursos Humanos**

**QUESITO DE PERÍCIA MÉDICA PARA REDUÇÃO DE CARGA HORÁRIA**  
Para preenchimento exclusivo do Médico Assistente

Nome do Servidor: \_\_\_\_\_

Nome do dependente (paciente): \_\_\_\_\_

Data de nascimento do paciente: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Grau de parentesco: \_\_\_\_\_

Diagnóstico C.I.D. do paciente: \_\_\_\_\_ C.I.F.: \_\_\_\_\_

Nome do Médico responsável: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Qual o estado atual de saúde do paciente?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tratamentos e atividades recomendadas ao paciente:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Caracterização por extenso do tipo e grau da deficiência, bem como, a limitação por ela causada, utilização de órtese ou prótese quando for o caso, com referência na Classificação Internacional de Doenças – CID10 e código na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Resultado dos exames do paciente:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**O paciente apresenta debilidade ou incapacidade física ou mental, com dependência total?**

(  ) Sim (  ) Não

Obs: O preenchimento deste documento deve ser realizado pelo médico assistente, em letra legível e sem rasura, pois as datas e dados serão utilizados pela Junta Médica Oficial do Município de Toledo.

\_\_\_\_\_  
Local e Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do Médico com CRM



# MUNICÍPIO DE TOLEDO

## Estado do Paraná

### Secretaria de Recursos Humanos

#### CHECK LIST DOS DOCUMENTOS CONFORME ART. 11 DO DECRETO 209/2021

- Requerimento da Redução da Carga Horária, integralmente preenchido;
- Padrão de Quesito Médico;
- Original e cópia da documentação comprobatória do vínculo de responsabilidade do servidor com a pessoa com deficiência ou transorno mental;
- Cópia da carteira de identidade (RG) do servidor;
- Cópia da carteira de identidade (RG) ou de Certidão de Nascimento, da pessoa com deficiência ou transorno mental;
- Cópia de comprovante de endereço do servidor que deve ser o mesmo da pessoa com deficiência ou transorno mental (atualizado de no máximo três meses).
- Exames médicos recentes, quando houver.
- Declaração de matrícula da escola especial ou regular, com o horário de entrada e saída do aluno.
- Em caso do dependente do servidor receber benefício previdenciário do INSS, apresentar documento comprobatório.

#### PARA USO EXCLUSIVO DA EQUIPE MULTISCIPLINAR/JUNTA MÉDICA OFICIAL

---

---

---

- DEFERIDO**, concedendo a redução na carga horária do servidor de \_\_\_\_\_ %, ( \_\_\_\_\_ por cento) na carga horária do servidor.
- INDEFERIDO**, por **não atender** a Lei nº 2.337, de 4 de maio de 2021, regulamentada pelo Decreto nº 209 de 03 de agosto de 2021.

Assinatura e carimbo dos membros da equipe avaliadora.

Toledo, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.